

## Allegato 15: Scheda di Triage-Covid

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni COVID, Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande (aggiungendo una X corrispondente alla Sua risposta).

La ringraziamo per la collaborazione.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

### negli ultimi 30 giorni ho avuto...?

Febbre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di gola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Difficoltà di respiro	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mancanza del senso del gusto e/o olfatto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### negli ultimi 14 giorni ho avuto contatti con ....?

contatti con persone che erano malati COVID 19	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
contatti con persone che al momento del contatto con me presentavano sintomi influenzali	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

Nel caso ci siano risposte affermative, per la tutela della salute sua e delle persone che le stanno vicino, Le chiediamo di seguire le istruzioni che Le verranno fornite dal personale.